

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1913-1914. — N° 112

L'APPENDICECTOMIE CHEZ LA FEMME

avec l'Incision de Pfannenstiel

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Mars 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marie-Thérèse NEYRON

Née le 16 Juin 1883, à Orange (Vaucluse)

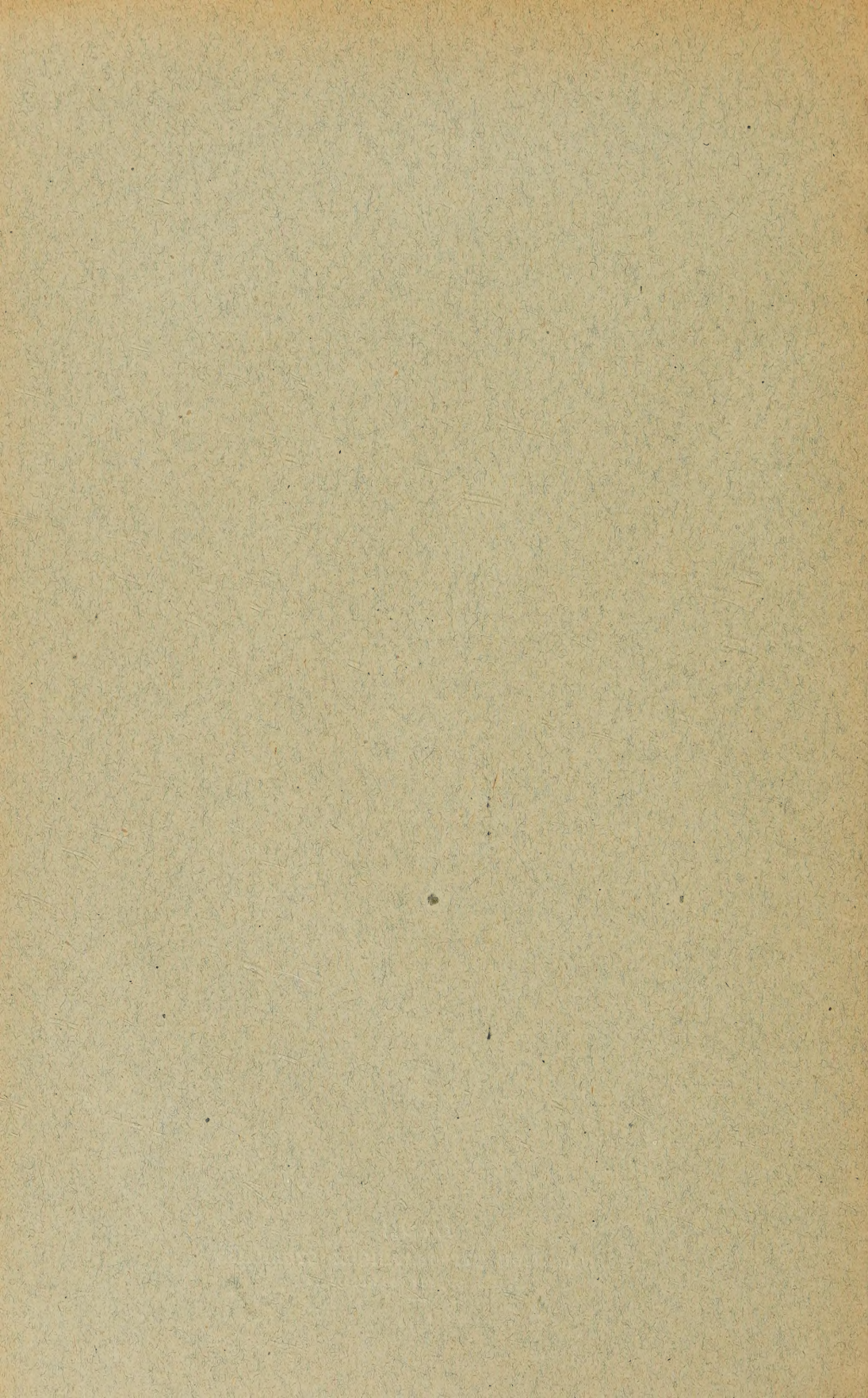


LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GABRION, rue de la Barre, 12

1914



L'APPENDICECTOMIE CHEZ LA FEMME

avec l'Incision de Pfannenstiel



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1913-1914. — N° 112

L'APPENDICECTOMIE CHEZ LA FEMME

avec l'Incision de Pfannenstiel

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

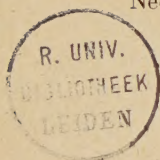
Et soutenue publiquement le 24 Mars 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marie-Thérèse NEYRON

Née le 16 Juin 1883, à Orange (Vaucluse)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GARRION, rue de la Barre, 12

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD.
Cliniques chirurgicales	X... X...
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophthalmologique	ROLI ET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	LÉPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales	LESIEUR.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M).
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.).
Médecine légale	ETIENNE MARTIN.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS, ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle	X... —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.	MM. FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (L.).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIÉRY.
LAROYENNE.	THEVENOT (L.).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, Président; VILLARD, Assesseur,
MM. PATEL et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Mon seul regret est de ne pas l'avoir connue.

A MON PÈRE

Je le remercie bien haut et de tout cœur aujourd'hui d'avoir été mon premier maître et mon premier éducateur : il m'a faite ce que je suis et c'est ma faute seule si je ne lui ai pas donné de plus grandes satisfactions. Je lui garde une reconnaissance sans bornes en retour de son affection inaltérable et de son dévouement inlassable.

A MON FRÈRE

qui me précéda dans la carrière médicale. Ses conseils et son expérience furent toujours pour moi un précieux appui.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

Nous lui savons un gré infini de nous avoir accueillie dans son service, avec une bienveillance touchante et c'est encore une bonté de sa part d'accepter la présidence de notre thèse. Nous en sommes à la fois très honorée et très touchée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PATEL

AGRÉGÉ

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Nous lui devons le sujet de notre thèse. Il a su nous réserver l'originalité d'une question bien nouvelle à un certain point de vue. Nous en sommes flattée et nous lui faisons part ici de la vive expression de notre gratitude.

A MONSIEUR HERRIOT

AGRÉGÉ ET DOCTEUR ÈS-LETTRES

MAIRE DE LYON

SÉNATEUR DU RHÔNE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Mon âme est encore tout imbue de ses principes élevés et mon esprit de ses leçons si instructives. Mes souvenirs me rappellent encore combien il agrémentait les études les plus rébarbatives et quel charme il répandait sur celles qui n'étaient qu'agréables. Ses soins, ses efforts me firent passer dans le cœur un peu de ce goût si vif et si fin qu'il a pour les belles lettres et grâce à lui, l'aride science ne le dessécha pas. Je profite de cette circonstance pour lui renouveler le témoignage ému de mes sentiments affectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

MÉDECIN DES HÔPITAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE LYON

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous ne lui devons pas moins. En médecine, il a soutenu nos pas chancelants et mal assurés. Nous écoutions avec délices ses leçons magistrales qui nous enseignèrent souvent l'art de guérir et toujours de soulager. Sa bonté remarquable et sa charité inépuisable nous ont découvert les trésors de son cœur si pitoyable, si humain. Il avait l'autorité et le talent du maître, il n'en possédait ni l'orgueil légitime, ni la solennité un peu grave. Nous chérissions sa bonhomie paternelle, sa parole bienveillante. Il nous réserva un accueil très aimable, nous l'en remercions et nous en garderons toujours la mémoire.

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUINCIEU

CHARGÉ DU SERVICE DE KINÉSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE

A LA CLINIQUE DES MALADIES DE FEMMES (CHARITÉ)

Nous avons eu le bonheur de le rencontrer. Nous le remercions de nous avoir révélé une voie et nous lui exprimons notre reconnaissance pour nous avoir appris à comprendre les misères de notre sexe et à y remédier dans la mesure du possible.

INTRODUCTION

Quand l'antisepsie et l'asepsie paraissent, elles ouvrent un nouvel et magnifique horizon sur la gynécologie chirurgicale. Des hommes vont aller chercher la meilleure méthode d'opérer. Nous voyons à travers les temps, leurs techniques, hésiter, tâtonner, s'élaborer avec peine ou se modifier, se préciser ou s'anéantir.

L'incision longitudinale seule règne ; on discute son lieu d'élection, ses dimensions, puis ses défauts. Personne ne songe encore à la possibilité d'une incision transversale jusqu'en septembre 1896, où Oscar Rapin se propose de parler d'une nouvelle méthode de laparotomie au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, à Genève.

Il connaît déjà ses résultats bienfaisants, mais trop peu récents et nombreux à cette heure, pour affirmer la supériorité de cette intervention. *Simplicité, solidité, beauté*, tels sont les avantages de son procédé.

Kustner, dans ce même congrès de septembre 1896, énonce la même pensée et déclare l'avoir mise en pratique, sans se douter qu'un autre l'a eue avant lui.

Le 19 janvier 1903, dans la séance de la société d'obstétrique de Leipzig, Pfannenstiel s'élève contre les conséquences regrettables de l'incision longitudinale et décrit sa manière d'opérer qui n'est en somme qu'une modification de celle de Rapin-Kustner.

Enfin, un autre, Bardenheuer abandonne toute section longitudinale et coupe tous les plans abdominaux suivant une ligne transversale.

La méthode de Pfannenstiel subit dès lors un essor considérable. Les gynécologues d'Allemagne la pratiquent, de même ceux de Russie et d'Angleterre, puis à son tour, la France la voit se vulgariser.

Ses indications s'élargissent devant ses merveilleux effets ; et ici, c'est elle encore qui nous inspirera dans la technique opératoire d'un cas particulier : l'ablation de l'appendice chez la femme avec le Pfannenstiel.

CHAPITRE I

Incisions transversales

Le faible des incisions longitudinales était d'aboutir assez souvent à la hernie et même à l'éventration.

Des tentatives variées se repètent afin d'éprouver la solidité ou la commodité des différentes couches de l'abdomen. Les uns incisent sur la ligne médiane, ou en dehors, suivant une parallèle ; d'autres ouvrent la gaine des recti ou tranchent en pleine masse musculaire. En somme, incision toujours longitudinale médiane ou extra-médiane.

Les motifs de ce mode, au fond toujours le même, trahissent les difficultés auxquelles se butent les chirurgiens. En effet, si nous jetons un coup d'œil sur l'anatomie, nous voyons que l'incision médiane était la plus simple. Cependant, si on la prolongeait trop vers la symphyse, on risquait d'obtenir une cicatrice défectueuse, car les tissus se réparent mal à ce niveau et on courrait l'aventure de léser la vessie. Plus aisée, dirions-nous, puisqu'on ne rencontre sur la

ligne médiane que les aponévroses dont elle est faite et de plus, on évitait les hémorragies, pas faciles à ce niveau.

En dehors d'elle, se trouve une couche musculo-aponévrotique, qui varie un peu sa disposition suivant qu'on la considère au-dessus de l'ombilic ou dessous, c'est-à-dire exactement à la hauteur de l'arcade de Douglas.

En effet, la gaine des droits est formée *en avant et en haut* par l'aponévrose d'insertion du grand oblique et par une partie du feuillet tendineux dédoublé du petit oblique ; *en arrière et supérieurement*, par l'autre feuillet de ce dernier et par celui du transverse. Arrivé au quart ou au cinquième des droits, on assiste aux modifications suivantes : les couches précédentes, toutes sans exception passent en avant des recti et en arrière, leur gaine est formée par le fascia transversalis seul.

La série des plans est la suivante : peau, tissu cellulaire sous-cutané, aponévroses du grand oblique, du petit et du transverse, les droits, le fascia transversalis et le péritoine. Ils s'entrecroisent, se disjoignent, se superposent. Sur la ligne blanche, ils s'intriquent, se dissocient et s'enchevêtrent.

C'est cette disposition particulière qui inspirera les chirurgiens à l'affût d'une incision solide et à belle cicatrice, et l'expérience les encouragera dans cette voie.

Oscar Rapin, le premier, l'inaugura. « J'ai commencé en août 1894, dit-il, en septembre 1896, au congrès de Genève, dans le cas où une large ouver-

ture n'était pas nécessaire à inciser la peau, non pas sur la ligne blanche, *mais en travers*, à la limite supérieure des poils du pubis. Voici comment je procède : Je fais une incision transversale rectiligne ou légèrement concave en haut, longue de 6 à 10 centimètres et à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la symphyse en suivant le pli cutané que l'on trouve souvent à cet endroit, à la limite supérieure des poils ou un peu au dessous. L'incision intéresse la peau, le tissu adipeux jusqu'à l'aponévrose. L'artère épigastrique supérieure est rarement lésée par cette incision. Je dissèque l'aponévrose sur la ligne blanche et fixe le lambeau supérieur avec une suture provisoire, un peu au-dessous du nombril. Puis je fais sur la ligne médiane une incision verticale de 4 à 8 centimètres, suivant les besoins, à travers l'aponévrose, les muscles droits et le péritoine. L'ouverture est suffisante pour pratiquer l'opération que le cas comporte. La fermeture de la plaie est faite à 3 plans, de façon à rendre aux tissus leurs rapports physiologiques. Il importe d'affronter minutieusement la peau, si on veut avoir une cicatrice peu visible. Les sutures doivent être enlevées très tôt, au troisième jour, même avant, afin d'éviter les traces des fils qui, sans cela, restent longtemps visibles ».

Telle était l'incision de Rapin, telle il la comprenait et l'expliquait. Il y joignait à l'appui quelques résultats encourageants. Il en parlait comme valant surtout par sa simplicité commode, sa solidité élégante. Ce sont ces qualités qu'il faisait priser devant le congrès de Genève, en septembre 1896, qui se sou-

ciait alors de trouver un mode nouveau de laparotomie gynécologique rapide, pratique, à cicatrisation résistante et fine. *

Cette méthode, qui devait joindre l'utile à l'agréable, était découverte par Oscar Rapin, qui venait la lui offrir.

En 1900, Pfannenstiel essaye cette technique, l'adopte, la reprend, la modifie et la perfectionne. Il tient compte surtout de la cicatrice légère et peu visible, de ses garanties presque certaines contre les éventrations ou les hernies. Il a à son actif 51 cas favorables.

En 1903, il augmente cette liste et publie encore l'histoire de 207 cas. Ici, la proportion est de 1,45 pour cent, non dans la mortalité, mais dans la morbidité. Pas une seule éventration, ni même une hernie post-opératoire.

Nous avons dit plus haut que Pfannenstiel avait amélioré ce procédé. Dans quel sens et comment ? De quelle manière pratique-t-il son incision ?

Il la fait au-dessus de la symphyse dans le repli cutané de la région pubienne ou juste à la naissance des poils. Il lui donne une direction légèrement arquée, variant de 8 à 12 centimètres, s'étendant en dedans des artères épigastriques superficielles ou un peu en dehors. Il incise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Au dessous on taille une ouverture dans l'aponévrose. Comme sens, elle est calquée sur la précédente. Ses limites sont les faisceaux musculaires du petit

oblique. Au gré des besoins on peut la prolonger. Les vaisseaux ouverts sont pincés.

On dissèque la lèvre supérieure de la plaie dans sa portion aponévrotique, sur un espace de quelques centimètres. Au milieu, la ligne blanche est coupée.

On a, dans cette manœuvre, rencontré les pyramidaux. On les a même désinsérés et on les récline en bas. L'incision transversale n'est pas poussée plus profond, elle a intéressé tour à tour :

La peau ;

Le tissu cellulaire sous-cutané ;

Le fascia superficialis ;

Les insertions aplaties, élargies et fibreuses des trois muscles formant la sangle abdominale.

Après arrive le 2^e temps de l'opération. Nous voulons parler de l'incision longitudinale. « C'est alors seulement dit, Pfannenstiel qu'on fait l'incision longitudinalement en ayant soin de retenir le fascia en haut. On sépare ainsi avec ou sans bistouri les muscles droits jusque sur la fine aponévrose transverse, On prend alors, avec deux pincettes, l'aponévrose transverse, le tissu graisseux préperitonéal et le péritoine et on les coupe. Il faut naturellement avec mon procédé prolonger aussi loin que possible en haut et en bas l'incision musculo-péritonéale, afin de gagner de la place. On descend ainsi jusque tout près de la symphyse sans qu'il en résulte des inconvénients.

« Dans la règle, l'incision musculo-aponévrotique ne saigne pas, si le muscle n'a pas été lésé.

« Le mode des sutures de parois se déduit natu-

rellement du mode d'incision même. C'est une suture à trois ou quatre étages généralement ».

En effet, elle comporte quatre plans différents. On affronte bien les deux lames péritonéales et on les coud sans interstices. Les muscles droits sont rapprochés exactement et suturés dans le cas où un intervalle est entre eux. Les pyramidaux sont insérés à leur niveau habituel. Les deux lambeaux aponévrotiques, le supérieur et l'inférieur, sont réunis très strictement et fixés l'un à l'autre par des fils, sans espaces béants.

Enfin, reste une quatrième couche, la peau. Ici le même principe doit encore présider à cette juxtaposition : il faut qu'elle soit parfaite, réalisée d'une façon précise et minutieuse.

L'incision de Pfannenstiel s'accomplit donc en deux temps.

1^{er} TEMPS. — Section transversale de la peau, du tissu sous-cutané et des aponévroses.

2^e TEMPS. — Incision longitudinale et médiane, après écartement des droits du fascia transversalis et du péritoine.

Après Pfannenstiel quelqu'un modifia encore l'incision transversale. Bardenheuer la comprit en un seul temps et supprima l'incision longitudinale. Il coupa transversalement tous les plans abdominaux suivant cette direction unique ; peau, tissu cellulaire, aponévrose superficielle, muscles droits, aponévrosé du grand et petit obliques et du transverse ; fascia transversalis et péritoine.

Bardenheuer décrit sa section en arc, un peu au-

dessus de la symphyse et comprise entre les deux épinés iliaques et antéro-supérieures. Elle aurait le mérite de dégager encore davantage les côtés de l'abdomen. Elle diminuerait les chances possibles d'infection et garantirait la permanence des caractères physiologiques de l'intestin. De plus, tous ces plans superposés et non disséqués, ont plus de chance de se réunir exactement, puisque les artères seront assez ménagées pour permettre une meilleure réparation des tissus à ce niveau.

CHAPITRE II

Situation de l'appendice **Mobilité du cæcum.**

L'incision Pfannenstiel décrite, une autre question s'impose, en tête de ce chapitre. Nous devons nous demander si les conditions anatomiques sont toujours favorables à la mise en œuvre de cette incision dans l'appendicectomie. On a employé, jusqu'à ces dernières années, deux autres incisions longitudinales et latérales, nous voulons parler des incisions de Roux et de Jalaguier. La première employée dans les abcès rétro-cæcaux, elle décrit une courbe dont la concavité, embrasse, en son milieu, l'épine iliaque antéro-supérieure à 1 centimètre. La seconde se modèle sur le bord externe du grand droit et sert pour la résection de l'appendice.

L'incision Pfannenstiel est, nous le savons, une incision transversale. A-t-elle son utilité ici ? L'appendice qui est un organe latéral peut-il être abordé par cette voie indirecte opposée aux précé-

dentes, qui amènent droit sur lui. Seule l'anatomie éclaircira ce problème, elle nous enseignera, en effet, les rapports de l'appendice et du cæcum vis-à-vis l'un de l'autre : Sice dernier jouit d'une certaine mobilité, indispensable aux chirurgiens pour l'attirer à eux ? Et il serait libre par nature, ne peut-il pas se fixer à la faveur d'anomalies ou d'adhérences acquises ?

Nous allons étudier, si malgré les individualités, les particularités, l'opérateur possédera une méthode pratique, susceptible de ne pas souffrir trop de grandes exceptions. Dans cette intention, nous décrirons :

1° La position du cæcum ;

2° Celle de l'appendice ;

3° Et surtout nous mettrons bien en évidence la mobilité du cæcum et l'état post-inflammatoire de l'appendice. Le succès de la méthode dépend de ces données anatomiques, qui en sont la condition sine quâ non.

La loge cæcale contient, comme son nom l'indique, l'extrémité initiale du gros intestin. Elle-même fait partie de la fosse iliaque droite. Elle se limite en avant, sur les côtés et en arrière par les parois non interrompues de l'abdomen.

Le cæcum dans sa loge peut occuper trois positions différentes. D'habitude, ni trop élevé ni trop bas, il y est enfermé en entier, de haut en bas, d'avant en arrière, de gauche à droite. On le rencontre ainsi 78 fois pour cent chez l'homme et 70 chez la femme. Son fond affleure à l'arcade crurale.

La moins courante est la situation haute. Il conserve toujours la même direction, mais il est à une distance de 6 à 8 centimètres au-dessus de l'arcade fémorale. On le trouve alors juste sous le foie.

Enfin, il peut s'abaisser jusqu'au pelvis et se pencher en dedans. Les proportions sont ici de 30 % dans le sexe féminin et moitié moindre dans le sexe masculin. Les mêmes variations se remarquent chez l'appendice : il a, lui aussi, une position haute ou basse. On le rencontre à divers degrés de la loge cæcale. Il se rattache au cæcum en un point toujours identique, le point appendiculaire. Ce n'est point une raison pour que l'appendice ne subisse pas un contre-coup des changements auxquels est soumise la portion initiale du gros intestin qui occupe, soit la partie supérieure, moyenne ou basse de la fosse iliaque. Et il modifie, comme le cæcum, et sa position et sa situation, d'un individu à un autre et demeure immuable à peu près chez le même sujet. Il est dit *ascendant* quand il remonte derrière la face postérieure du cæcum (13 %). Descendant, il s'incline vers le fond du gros intestin (41 %). Externe, alors il est sur le côté correspondant du cæcum (26 %). Interne enfin, à gauche de ce dernier (17 %).

Le péritoine ne présente, à son niveau, rien de particulier. Il entoure l'appendice sur tout son pourtour, soudant ses deux feuillets suivant un bord de cet organe. Celui-ci flotte alors libre.

D'autre fois, le méso va se rattacher au péritoine pariétal de la fosse iliaque et y colle ainsi l'appendice

par son bord libre, de coutume : c'est l'appendice à méso fixe.

Dans d'autres cas, le péritoine passe au-devant de lui et l'applique contre la face postérieure de l'abdomen. Cette manière d'être n'a d'importance qu'en ce sens qu'elle explique les abcès rétro-cæcaux et certains psoïtis.

Nous mentionnons en passant la particularité suivante : le méso-appendice est, chez la femme, dans le 20 % environ, relié au ligament large. Nous verrons plus loin la corrélation que ce fait amène entre certaines annexites et appendicites.

Telles sont les formations péritonéales au niveau de l'appendice. Nous suivons aussi avec beaucoup d'intérêt celle du cæcum, car elles ont, avec le Pfannenstiël, une bien grande importance.

On peut distinguer à ce sujet une disposition normale et deux autres moins habituelles.

CÆCUM LIBRE

Voici la première. Le mésentère envoie au cæcum deux feuillets : l'un antérieur, l'autre postérieur, qui formeront un manchon complet à cet organe ; il se rejoignent suivant un bord de ce dernier, puis se portent en arrière, allant se rattacher au péritoine pariétal. Le cæcum est enveloppé de tel sorte qu'il est dans une gaine complète, absolument libre et dépourvue de tout lien. Il est dans la fosse iliaque si mobile que nous dirons, avec M. Tuffier : « que la main peut en faire le tour, comme elle peut faire le tour de la pointe du cœur dans le péricarde. »

Il sera donc de la plus grande facilité au chirurgien, qui aura pratiqué l'incision transversale, de l'attirer à lui et de procéder à l'ablation de l'appendice.

CÆCUM RÉTRO-PÉRITONÉAL

Cette variété se forme quand le péritoine passe au devant du cæcum et gagne la paroi postérieure de la fosse iliaque. Cet organe se trouve de ce fait exclu de la cavité formée par la séreuse abdominale. Toute la face postérieure du cæcum adhère au péritoine pariétal. Leur soudure étroite, intime se poursuit au moyen d'une couche intermédiaire qui représente des formations primitives péritonéales qui, chez l'embryon, ont subi le phénomène de la coalescence. Elle porte le nom de fascia d'accolement rétro-cæcal. Elle facilitera leur isolement. « En incisant le péritoine à quelques millimètres du bord externe du cæcum et en décollant celui-ci avec les doigts, prudemment, de dehors en dedans, on peut détruire les adhérences qui unissent le feuillet rétro-cæcal au feuillet pariétal et rendre à l'appareil cæcal sa mobilité première. Cette mobilisation du cæcum trouve, comme on le sait, de nombreuses indications en chirurgie opératoire (Testut et Jacob, p. 236).

Dès lors, nous retombons dans le cas précédent et la technique opératoire de l'appendicectomie est la même.

CÆCUM A MÉSO

Un dernier état de cæcum nous reste à décrire. Il se rapproche beaucoup du dernier, mais avec cette

différence c'est que la soudure ne s'est pas poursuivie aussi loin. L'accolement entre les péritoines pariétaux et cæcaux ne s'est pas accompli dans toute leur étendue ; il ne s'est réalisé qu'en certains points. De cet accolement incomplet résulte un repli, un méso pour parler plus justement, qui relie le cæcum d'une façon partielle à la fosse iliaque en arrière.

Cæcum libre, cæcum semi-libre ou méso-cæcum, cæcum fixe ou rétro-péritonéal, telles sont les différentes sortes de cæcum. Comment les expliquer ? C'est le péritoine embryonnaire qui effectue mal son développement. En règle générale le péritoine pariétal se soude au méso-côlon. Si le stade se pousse plus loin, la coalescence s'étend jusqu'à la face postérieure du cæcum. Un degré de moins dans la soudure et nous avons le cæcum à méso. Pour certains auteurs, ce dernier se serait formé en réalité « par un étirement du péritoine pariétal par un cæcum préalablement adhérent ». Entre ces deux opinions, il y a cette différence seule, c'est que pour l'une, le sujet acquerrait ce cæcum et pour l'autre il naîtrait avec cet organe *ainsi*.

Le cæcum fixe se rencontre bien souvent. Neuf fois sur dix le chirurgien a à s'occuper de ce genre. Les autres sont l'exception. Mais ce qui est plus fréquent ce sont les adhérences acquises, c'est-à-dire inflammatoires. L'opérateur s'occupe davantage de rompre celles-ci que les premières.

Un organe malade, enveloppé d'une séreuse, retentit sur celle-ci. Ainsi, l'appendice influence fâcheusement le péritoine, soit par les lymphatiques, soit par

voie plus directe, au moyen de sa gangrène ou perforation.

L'organisme atteint réagit et tâche d'enkyster la péritonite. Il établira des formations nouvelles entre les anses grêles, l'épiploon, la fosse iliaque. Ce sera de véritables cloisonnements qui essaieront de délimiter d'une façon précise l'infection, mettant comme une barrière étanche entre les parties saines et les parties malades. Ces adhérences provoquent chez ces sortes de malades des tiraillements douloureux et pénibles.

Sitôt après la crise, elles sont nombreuses et constituent pour la main qui opère une véritable difficulté. Mais le temps fait regresser ces tractus et le cæcum et l'appendice recouvrent presque leur mobilité première.

Si ce travail de résorption est nul ou insuffisant, le chirurgien doit alors débrouiller l'écheveau emmêlé de ces brides fibreuses, aborder l'appendice, l'affranchir, le faire émerger pour le réséquer.

CHAPITRE III

Ablation de l'appendice comme opération complémentaire.

L'incision de Pfannenstiel, entre autres avantages possède surtout celui de rendre possible la combinaison de plusieurs opérations : hernies inguinales, appendicites, etc... sont des interventions susceptibles d'être associées à bien d'autres, en gynécologie. Seule l'appendicite, chez la femme, prise comme opération complémentaire nous occupera ici.

L'appendicite est une affection très grave. Dans toute crise appendiculaire la suppuration ou la gangrène et la perforation sont à craindre. La péritonite enkystée ou généralisée, est là qui guette le malade.

D'autre part, l'appendice n'est suivant l'expression très juste de M. le professeur Renaut « qu'un ganglion étalé en surface ». Il n'est pas indispensable à la vie puisque dans l'organisme sont bien d'autres ganglions jouant le même rôle. L'individu ne perd

rien à sa suppression, il y gagne au contraire, puisqu'il ne sera plus soumis à cette infection qui peut le conduire à une mort hâtive.

Il serait nécessaire, semble-t-il de le supprimer chaque fois qu'il serait possible. Sans doute nous n'irons pas jusqu'à prétendre que cette opération devrait se pratiquer seule, si jamais aucune manifestation facheuse n'était venue l'indiquer. Assurément, ce serait une exagération. Mais la question peut s'envisager à un autre point de vue et se poser ainsi : le chirurgien qui intervient sur un ventre au sujet de n'importe quel motif, est-il en droit d'enlever un appendice même sain ? Cette opération greffée sur une autre qui pourrait se qualifier d'occasionnelle, ni ne l'allonge, ni ne l'aggrave puisqu'il faut au plus quelques instants pour l'exécuter.

Les inconvénients de cette double manœuvre sont nuls. Nous le verrons encore mieux quand nous traiterons plus loin les résultats favorables du Pfannens-tiel.

L'utilisation de cette méthode se vulgarise. Chaque intervention nouvelle que les initiateurs ajoutent à la liste des opérations mode Pfannentiel sont presque autant de cas concernant notre travail. La gynécologie actuelle se sert toujours davantage de l'incision transversale. Son emploi s'élève à l'heure présente dans une proportion de 95 %. En somme, faire l'historique des interventions possibles avec le Pfamens-tiel c'est énumérer les applications fréquentes et souvent possibles dans l'appendicectomie.

Cette technique d'une simplicité remarquable, apte

à dégager les côtés de l'abdomen, à élargir le champ opératoire suffisamment pour donner accès à certains organes, cette technique, disons-nous, permet de combiner plusieurs opérations, s'il y a nécessité, de pratiquer, au besoin, l'exploration d'un ventre ou d'éclairer un diagnostic hésitant.

Dans ce chapitre nous allons nous appliquer à le démontrer.

La cure chirurgicale de plusieurs lésions à la fois est multiple. Nous savons, en gynécologie combien les organes rapprochés, sont solidaires les uns des autres. Ainsi, une infection utérine retentit bientôt sur les trompes ; l'inflammation prolongée de celles-ci peut avoir un fâcheux effet sur l'ovaire. Si des altérations gagnent les ligaments, à leur tour, la matrice pourra contracter des positions vicieuses.

Cet aperçu rapide et succinct nous montre combien certaines affections créent un état pathologique des parties voisines, du domaine génital et quelquefois ne lui appartenant pas.

Nous pourrions dès lors, juger l'importance qu'il y a à réunir plusieurs opérations ensemble. Nous allons donner un exemple détaillé d'une intervention de ce genre. Nous choisirons le Doléris modifié afin de l'adapter à l'incision de Pfannenstiel

C'est M. le docteur Pellanda, chef de clinique dans le service de gynécologie de M. le professeur Pollosson qui fut l'intelligent novateur de cette méthode perfectionnée.

Rappelons en quelques mots en quoi consistait le Doléris. Nous savons que c'est une ligamento-pexie

abdominale. Son auteur essaye d'abord l'incision médiane et longitudinale ; puis se rallie à l'incision latérale en pleins droits. Il cherche ainsi à éviter la hernie ou l'éventration et fixe les ligaments ronds au tissu fibreux de la ligne blanche. Cette intervention se pratiquait alors comme toute laparotomie invariable dans son sens mais non dans son niveau. Plus tard, paraît le Pfamenstiel, qui s'impose par ses résultats toujours plus satisfaisants.

Les chirurgiens s'acharnent à en tirer le meilleur profit. Cette préoccupation inspire un Lyonnais, M. le docteur Pellanda quand il cherche et trouve possible une ligamento-pexie abdominale avec le Pfannensstiel. C'est pour nous une belle occasion de montrer comment un homme éclairé, réfléchi, méthodique, peut procéder à la cure de plusieurs affections génitales et autres.

Il n'est pas nécessaire de rentrer dans le détail de beaucoup d'exemples. Un seul, celui de M. Pellanda, suffira à démontrer que ce sont les mêmes règles, les mêmes principes, les mêmes considérations qui animent l'opérateur. La conduite ne varie qu'en la forme suivant le ou les organes lésés, mais au fond le Pfamenstiel est identique là et ici. L'incision est toujours semblable quelque soit l'intervention et l'abdomen ouvert c'est toujours le pareil examen qui s'impose.

Ceci posé revenons à notre Doléris modifié c'est-à-dire adapté au Pfannenstiel.

La région pubienne est aseptisée avec minutie à cause des poils, la patiente est mise en position de Tradelenburg.

Le chirurgien incise transversalement la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose. On récline les droits, on sectionne suivant la ligne médiane et longitudinale le fascia transversalis et le péritoine. La plaie est maintenue largement béante au moyen d'un écarteur trivalvé. L'abdomen est à découvert, on met des compresses sur les anses intestinales pour les garantir et empêcher qu'elles ne se dessèchent, le moment est venu d'être attentif, de tout regarder, de tout apprécier à sa juste valeur, de dépister et d'enrayer si possible chaque lésion et d'envisager son traitement. On examine tour à tour l'utérus, les trompes, les ovaires, l'appendice. L'utérus est-il en bonne position? Est-il adhérent ou non? Fibromateux ou non? Les trompes sont-elles saines? Le processus inflammatoire ne les a-t-il pas fixées au moyen de tractus fibreux. N'y a-t-il aucune collection purulente ou autre. L'ovaire est-il lui même indemne. Y a-t-il une hernie inguinale, sa cure est immédiate, nul n'est besoin de la renvoyer Schauta d'après son expérience personnelle recommande l'incision de Pfannenstiel dans ce cas. Maintenant voici le tour de l'appendice; il est lui-même l'objet d'une attention particulière. En bon état on peut ne pas le réséquer, mais il faut toujours avoir cette pensée : qu'inutile dans le présent il peut compromettre des jours lointains. Et, d'autre part, son ablation demande si peu ! Deux minutes environ. Et, ces deux minutes sauveront une vie peut-être, à coup sûr ne la compromettront jamais et n'exposeront plus la patiente à repasser une deuxième fois par les affres de la salle d'opérations. Lésé ou non, il devrait

être toujours supprimé. En faveur de cette conduite, on n'a que de bonnes raisons à invoquer, et pas une mauvaise. Exception faite cependant pour les malades trop cachectiques, pour lesquelles une prolongation de l'opération, si minime soit-elle, pourrait imposer un surcroît redoutable de fatigue ou dont l'avenir est en un mot trop problématique, pour qu'on s'en soucie.

Ceci fait, l'opération se poursuit. C'est, en passant une résection d'appendice, une cure de hernie inguinale, la rupture d'adhérences tubaires ou utérines, c'est comme dans notre exemple la fixation d'une matrice rétroversée et fixée.

La position incorrecte réduite, le chirurgien va à l'aide d'une longue pince, rechercher les ligaments ronds qu'il fera passer à travers le péritoine dans un orifice qu'il aura ménagé, tangent au bord externe des muscles droits. Les ligaments ronds atteints, on les cramponne à la séreuse et on ne s'en soucie plus pour le moment. Sur la ligne médiane le chirurgien suture le péritoine; les droits sont rapprochés et cousus à leur tour.

Puis on procède à la fermeture de l'aponévrose. On commence par les extrémités, l'aiguille traverse d'abord la lèvre supérieure, l'anse du ligament, ensuite la lèvre inférieure. Plusieurs points sont nécessaires pour bien fixer la partie ligamentaire. Il n'y a plus que le milieu de l'aponévrose béant et qu'on va rapprocher et coudre.

La peau, le dernier des plans, est suturée à points très fins, très serrés et à la soie.

« De la combinaison de deux méthodes résulte un procédé remarquablement simple. L'opération demeure presque aussi rapide que s'il s'agissait d'une laparotomie exploratrice avec le procédé de Pfannenstiel. De fait l'introduction du ligament rond plicaturé dans la paroi, ne nécessite pas un catgut supplémentaire, un seul point de plus que s'il s'agissait de refermer purement et simplement une paroi ouverte de façon un peu spéciale. »

Et, maintenant, après ces paroles si justes qu'on nous permette une question. Qu'aurait-il fallu à un chirurgien habile pour enlever l'appendice de cette même malade. Deux minutes ? Trois au plus ? Et c'est tout.

Il serait encore vrai d'affirmer que la ligature intrapariétale des ligaments ronds n'aurait pas nécessité « un point de plus » pour la suture de l'aponévrose, et il serait encore exact de prétendre que l'opération demeure presque aussi rapide « que s'il s'agissait d'une laparotomie exploratrice avec le procédé Pfannenstiel »,

Cette méthode était meilleure que toute autre, puisque en outre d'une bonne fixation ligamentaire elle offrait au moyen du Pfannenstiel de traiter une ou plusieurs autres affections en même temps.

La voie vaginale ou la voie inguinale ne mettrait pas le chirurgien en mesure comme l'incision transversale de remédier à d'autres affections que celle dont il poursuivrait la cure.

CHAPITRE IV

Appendicectomie avec opération gynécologique complémentaire

Nous venons de voir l'appendicectomie complémentaire. La réciproque s'observe aussi ; c'est-à-dire ablation appendiculaire motivée par crise associée au traitement sanglant d'autres lésions génitales non diagnostiquées et absolument latentes.

M. le docteur Robert Khuhn rapporte dans sa thèse plusieurs cas analogues où la clinique n'avait rien révélé. Il mentionne l'histoire de deux salpingites, d'un kyste ovarien et d'un petit fibrome qui ne furent connus que durant l'opération.

C'est d'abord l'observation d'une malade qui rentre à la maison départementale de la Seine, souffrant d'une appendicite chronique à type classique. Le toucher vaginal est pratiqué et ne laisse rien soupçonner de bien anormal du côté de l'appareil génital, sauf du côté de l'utérus qui est rétrofléchi.

« C. S. A. Libre.

« C. S. L. D. Annexes perceptibles, non douloureuses.

« C. S. L. G. Un peu d'empâtement douloureux ».

On ouvre le ventre avec l'incision Pfannenstiël. On constate que l'ovaire gauche est volumineux, scléreux et kystique. Du côté droit, l'ovaire est enflammé et est le siège de lésions bacillaires. La trompe du même côté « est rouge, sinueuse et présente des granulations tuberculeuses ». Ovaire et trompe sont enlevés. Appendicectomie avec opération gynécologique complémentaire et non prévue.

Dans l'observation VIII, c'est la mention au cours d'une résection appendiculaire d'un kyste parovarien complètement latent.

Au toucher vaginal, la matrice est un peu grosse ; les annexes ne présentent rien d'anormal au doigt investigateur.

Ici encore, incision de Pfannenstiël. Après, « on aperçoit au niveau des annexes droites, un kyste parovarien du volume d'un œuf de dinde autour duquel s'enroule la trompe ».

« Ablation du kyste et de la partie de la trompe qui l'enveloppe. Réfection du pavillon ». Dans ce cas aussi, appendicectomie et opération gynécologique non projetée comme complément.

Enfin, dans l'observation VIII, l'ablation de l'appendice met à même de constater l'existence de kystes parovariens et paratubaires.

Ce cas est un cas curieux où le Pfannenstiël présente un groupement extraordinaire de cures.

Après l'appendicectomie, on constate « en se repor-

tant vers le petit bassin » que les deux ovaires sont très volumineux et scléro-kystiques.

Kystes parovariens, kystes paratubaires. La trompe gauche est coudée à angle aigu et maintenue dans cette position par une bride péritonéale. L'utérus est en rétroversion ».

La cure de ces lésions se poursuit de la façon suivante :

« Traitement des kystes au thermocautère.

Résection de la bride péritonéale, la trompe peut alors jouer librement.

Hystéropexie par trois points au catgut ».

Ainsi, cette dernière observation relate une appendicectomie, mode Pfannenstiel et par surplus une cautérisation d'ovaires kystiques, une ablation de kystes paratubaires, un redressement de trompe repliée et adhérente, fixation après réduction en bonne position d'un utérus, en rétroversion. Toutes ces affections, sauf l'une, sont inconnues avant l'intervention, établies seulement au cours et traitées de même. Autant elles sont, autant elles forment de compléments nombreux et gynécologiques à la première opération.

« L'incision transversale sus-pubienne nous montre toujours ces lésions que l'examen clinique est quelquefois impuissant à nous faire découvrir. Elle nous permet en même temps d'y porter remède. Nous sommes donc en droit de dire que par la voie médiane transversale, l'appendicectomie est une opération plus complète que par la voie latérale ».

Il est, en effet, au pouvoir d'elle seule de nous

faire dépister les affections les plus silencieuses qui ne se font pressentir par aucun signe objectif clinique. Le Pfannenstiel est un procédé merveilleux par tout ce qu'il permet de voir et de traiter. Ce n'est pas un coup d'œil isolé, restreint, étroit qu'on peut jeter en un coin de l'abdomen, c'est une vue d'ensemble qui fouille les profondeurs, embrassant toute la hauteur et la largeur de cette vaste région sous ombilicale. Il offre les moyens remarquables d'opérer de multiples affections ensemble et en un temps relativement court, soit qu'on les ait devinées ou pas devinées. Sauf quelques exceptions, qu'on intervienne dans une appendicectomie pure ou dans un simple cas de gynécologie, le chirurgien aura toujours un immense intérêt à utiliser le Pfannenstiel, pour les raisons précédentes.

L'incision transversale, si simple, si rapide, rendra encore de très grands services dans une incision exploratrice. L'examen abdominal terminé, l'appendicectomie se fera si on le désire.

Enfin, il est des cas où le diagnostic tâtonne, les symptômes éclairent mal le médecin et ne lui indiquent rien de net. Et malgré tout, il y a urgence à opérer. Mais quoi ! Sait-on au juste quelle est l'affection qui s'annonce si vaguement ? Annexite ou crise appendiculaire ? L'indécision ne disparaîtra qu'avec l'intervention. Et dans cette perplexité, de quelle incision le chirurgien fera choix ?

C'est encore le Pfannenstiel auquel il s'adressera le plus volontiers ; ainsi il sera toujours en mesure de

remédier à la lésion menaçante annexielle ou appendiculaire.

Il est souvent difficile de trancher la difficulté du diagnostic, si on songe aux différentes situations du cæcum et aux quatre variétés d'appendice. Cet état pathologique flou, mal caractérisé, résulterait aussi de rapports étroits entre l'appendice et les annexes. L'anatomie nous enseigne l'existence d'un ligament appelé lombo-ovarien ou appendiculo-ovarien, reliant les organes précités. Les lymphatiques l'utilisent pour cheminer, mettant en communication la trompe, l'ovaire et l'appendice. Ceci explique pourquoi une annexite peut retentir sur l'appendice et réciproquement. L'infection se propage par voie lymphatique.

Le docteur Khuhn, sur 116 cas d'appendicectomie, affirme que, 31 fois, on est intervenu pour des lésions siégeant à la fois sur les annexes et l'appendice. Dans ce même ordre d'idées, le professeur Kirmisson a constaté chez les fillettes que la salpingite dépendait souvent d'une appendicite.

Ici encore le Pfannenstiel fera œuvre utile et double : ablation des annexes malades ; ablation de l'appendice lésé.

CHAPITRE V

Abblation de l'appendice seul

Le Pfannenstiel est d'abord réservé au domaine de la gynécologie. Peu à peu il en sort et la chirurgie s'en empare. Ses qualités essentielles valaient autant pour l'une que pour l'autre. Schauta l'utilise dans une splénectomie; puis les limites de cette incision parvenant jusqu'à l'anneau inguinal, c'est la cure herniaire qu'on ajoute. D'autres interventions amènent, sans qu'on le cherche, sur l'appendice et suggèrent aux chirurgiens son ablation en passant. Puis bientôt ce n'est plus secondairement qu'on songe à lui dans cette laparatomie, il en devient son but principal, son unique raison quand les indications d'une résection seule de l'appendice se posent.

Ainsi, le Pfannenstiel est devenu un usage banal dans l'appendicectomie, en Allemagne. Ici la question est pendante encore et cette année 1914, M. le docteur Robert Khuhn plaide dans sa thèse la cause de

l'incision transversale. Il déplore que « peu de chirurgiens l'utilisent méthodiquement dans l'appendicéctomie. Cependant ajoute-t-il, ceux-ci ont maintes fois signalé la facilité avec laquelle ils allaient cueillir l'appendice au cours des interventions qu'ils étaient amenés à pratiquer par l'incision transversale ».

En effet, il est curieux d'étudier ce travail où un esprit judicieux se révèle en une analyse fine, minutieuse appuyée sur la clinique, où l'observation de maîtres incontestables français ou étrangers sont venus peser le pour et le contre de cette méthode, et lui donner dans ce cas l'appui de leur autorité et sanctionner son application par un usage familial.

S'il est légitime de se servir de l'incision transversale dans une opération sur l'utérus ou les annexes, est-il juste aussi de la pratiquer dans l'ablation seule d'un appendice malade.

Certains ont prétendu que oui, et quelque soit la situation de cet organe, l'incision de Pfannenstiël serait à leur avis toujours capable de l'aborder avec avantage. Sans partager cette opinion un peu trop enthousiaste, il est sûr que cette technique est souvent préférable à celles jusqu'ici employées. Moins simple qu'une incision médiane longitudinale, elle est à peine plus complexe que les méthodes de Roux et Jalaguier.

D'autre part puisqu'elle ouvre un champ opératoire assez vaste pour que l'œil ou la main explore l'abdomen d'un côté à l'autre dans sa région sous-ombilicale, ce procédé facilitera la découverte de l'appendice. Il apparaîtra quelquefois sans qu'on le

cherche, cela dépendra de la variété appendiculaire et du processus inflammatoire qui aura plus ou moins envahi ou masqué l'organe malade. Mais souvent aussi facile à trouver, il n'est pas apparent à ce point. Le chirurgien devra alors donner une certaine position à la malade qui, dans le décubitus dorsal, tend ses droits et diminue le degré de béance de sa plaie. Ces muscles, devront être flasques afin d'obtenir le maximum d'ouverture abdominale, avec l'incision que l'on a faite. On a recommandé de coucher la patiente sur le côté et légèrement en chien de fusil. La vue exerce un contrôle salutaire ; on supprime les hasards malheureux ; la main n'agit qu'à bon escient, car un regard scrutateur et un esprit sorti de la tourmente du doute sont là qui veillent, l'un avec vigilance, l'autre avec une science intelligente et prévoyante. Quelle différence avec les autres méthodes !!

On va à l'aveuglette avec ces incisions que l'on restreint le plus, afin d'éviter les hernies et où le bistouri, les ciseaux, les doigts tranchent, coupent, déchirent comme en pleines ténèbres. Sans doute, l'opérateur les emploiera encore quand il ne pourra faire mieux et sa prudence et son habitude sont encore des sauvegardes heureuses et suffisantes. Mais quand le Pfannenstiel sera possible, il l'utilisera de préférence car entre deux méthodes dont l'une est aveugle et l'autre consciente, puisque'elle met à même de voir et de sentir, il n'hésitera pas.

Combien plus aisé et rapide, plus simple et sûr c'est de travailler à découvert !! Tout de suite on juge à quelle variété de cæcum l'on a affaire. La situation

de l'appendice, son état, son degré d'adhérence. L'opération se poursuit en toute sécurité. Le chirurgien est dans les meilleures conditions pour rompre les adhérences, libérer l'appendice, réséquer et enfouir son moignon.

Cependant l'incision transversale n'est pas toujours compatible avec tous les cas. Il faudra tenir compte de l'âge de la femme de sa paroi abdominale, de la situation de l'appendice, de ses lésions, des supurations pelviennes.

La femme devra être jeune, parce qu'il faut une paroi souple peu épaisse. L'incision transversale est très peu avantageuse avec les femmes grasses, où on en perd tout le bénéfice. Il est difficile d'obtenir le maximum d'ampleur de l'ouverture, parce que la lèvre supérieure de la plaie se laisse difficilement récliner en haut à cause de ses couches lourdes et pesantes, et par suite on pénètre moins bien dans l'intérieur de l'abdomen.

On opérera aussi avec le Pfannenstiel les appendices peu malades. S'ils ont été le siège de poussées inflammatoires assez importantes et suivies d'abcès ; mieux vaut employer les incisions latérales et longitudinales, faites suivant un plan qui surplombe juste l'organe.

Comme contre-indications de cette technique opératoire, nous trouvons encore la péritonite, les supurations pelviennes. La suppuration est fâcheuse surtout par ses conséquences. Nous savons combien elles sont rebelles, tardives à guérir dans les surfaces aponévrotiques. Fâcheuse aussi dans sa cicatrisation

doublément et par cette réunion par deuxième intention et par ses caractères moins fins et moins jolis.

Enfin il nous reste une position défectueuse de l'appendice à signaler et contraire à ce genre d'incision : c'est l'appendice rétro-cæcal.

Mais en clinique comment le diagnostiquer ? Cet appendice pathologiquement s'annonce par des symptômes particuliers. La douleur importe surtout dans ce cas. On ne la provoque pas au point habituel, le point de Mac-Burney. Son siège, son intensité sont dans les lombes, elle s'irradie jusque dans le membre inférieur.

La difficulté serait, comme on le comprend, très grande d'aborder cet appendice postérieur et même impossible avec le Pfannenstiel.

Telles sont les contre-indications de l'incision dans la cure radicale d'une appendicite aigüe ou chronique.

CHAPITRE VI

Avantages et Inconvénients du Pfannenstiel

AVANTAGES

Les avantages de la méthode sont nombreux ; certains sont d'importance capitale ; d'autres de moindre valeur. Nous ne traiterons que ceux de premier ordre.

1° Suppression de hernies ou d'éventrations consécutives à l'opération.

2° Le champ opératoire est assez étendu pour permettre une association de cures.

3° L'esthétique.

Le Pfannenstiel offre, en effet, des conditions favorables pour conserver à la paroi abdominale son état normal. Il en est une qui consiste dans la suture plan par plan, cette pratique diminue les chances de mauvaise coaptation.

Nous devons aussi faire jouer un certain rôle à la

réunion par première intention. Certains même ont prétendu que cette incision prédisposait à la suppuration, car le drainage était assez difficile à établir. Il est nécessaire d'abord d'éviter la formation du pus aussi fera-t-on une asepsie cutanée très minutieuse de cette région velue ; ensuite, si le drainage est obligatoire, il se pratique sans peine : soit en aboutissant le drain entre les lèvres de la plaie, soit en faisant plus bas une ouverture exprès à la peau.

Enfin le sens de l'incision est un facteur remarquable pour éviter la hernie ou l'éventration. Sur la ligne médiane, le péritoine sans consistance, le fascia transversalis de faible texture, la mollesse du tissu graisseux, les éléments cicatriciels de la peau sans fermeté sont encore moins résistants après section transversale et bien impuissants à composer une bonne sangle abdominale qui cédera souvent à une pression viscérale répétée, à un effort un peu vif. Telles sont les raisons qui poussent les chirurgiens à renoncer à cette région pleine d'inconvénients post-opératoires et à inciser au niveau des droits. Les résultats sont meilleurs, mais sont loin d'égaliser ceux obtenus par le Pfannenstiel.

Une hernie, rare d'ailleurs, est encore possible avec cette incision, elle ne se fera pas entre le recti, puisque on les suture ensemble, elle peut apparaître à l'entrecroisement des sections longitudinale et transversale. Si peu fréquente que dans les 51 premiers cas de Pfannenstiel, il n'y a aucune hernie à mentionner. Il est vrai qu'en 1900 ces opérations sont de date récente. L'auteur de la méthode, sept ans plus

tard, publie une liste de 700 nouveaux cas ; quand la plaie se ferme d'emblée aucune hernie ; dans le cas contraire, si la suppuration s'installe, on en trouve 0,95 %.

Ici se place à ce sujet, un rapprochement bien curieux et bien instructif entre les vieux procédés et le Pfannenstiel. Sans suppuration, on compte avec les incisions longitudinales le 8 % de hernies et le 30 % avec une cicatrisation par 2^e intention.

Enfin, la réunion de plusieurs cures, est un autre bénéfice du Pfannenstiel à signaler ; bénéfice double puisqu'il existe et pour la patiente et pour le chirurgien. Ceci est dû à l'ampleur de l'incision transversale, accrue encore par sa forme arquée. On embrasse ainsi un vaste espace allant de l'ombilic au pubis, d'un côté de l'abdomen à l'autre. Le chirurgien à l'affût de toutes les affections peut les constater dans un seul coup d'œil et les traiter dans une seule intervention.

Nouvel et immense mérite du Pfannenstiel qui fournit l'occasion de remédier aux lésions ignorées et imprévues, ou connues et dignostiquées, sans gravité. La femme atteinte souffre mais supporte dans ce cas, elle ne découvre pas dans son état un motif assez sérieux pour y mettre un terme. Soudain, chez cette même personne, survient une affection intercurrente, aiguë, inquiétante, une appendicite par exemple et cet être faible sur les instances de son médecin va sortir de sa résignation habituelle. D'ailleurs, elle n'a plus le choix et sa vie menacée lui prescrit d'avoir du courage et de s'abandonner au chirurgien bienfai-

sant. A cette minute, le Pfannenstiel entre en scène, et supprime d'un coup toute la série fâcheuse des lésions. Seul il autorisait une pareille conduite.

Enfin, voici le dernier des avantages à citer : l'esthétique de l'incision transversale. Il n'est pas à la dédaigner, surtout chez la femme où la beauté importe davantage que dans l'autre sexe. La malade éprouvera pour le chirurgien une reconnaissance plus grande de l'avoir guérie sans l'avoir détériorée.

Le Pfannenstiel donne une cicatrice vraiment merveilleuse. Ce but est atteint avec quelques précautions bien simples. Nous rappellerons à ce propos, qu'il est utile de ne laisser aucun espace béer, il faut assembler chaque plan correspondant, suturer la peau, avec soins à la soie, aux crins ou aux agraphes, mais n'importe soit le lien employé l'enlever *tôt, très tôt*. La cicatrice sera dans les meilleures conditions et elle sera, suivant toutes probabilités, peu apparente, fine, effacée de plus en plus, se perdant au fond du repli cutané de la région pubienne ou masquée par sa toison.

« La cicatrice de l'incision transversale, dit M. Oscar Rapin de Lausanne, profite de deux causes qui la rendent esthétique. L'incision étant faite selon la direction des fibres de la peau c'est-à-dire dans le sens du minimum de tension, la cicatrice reste linéaire et fine, elle ne peut jamais subir l'élargissement des incisions médianes. En outre, elle est très basse, au-dessous de la symphyse et ne tarde pas au bout de quelques semaines à être cachée complète-

ment sous les poils du pubis. » *Revue de gynécologie* (Pozzi) article du 1^{er} novembre 1913.

INCONVÉNIENTS.

Nous aurons bien moins à dire dans ce chapitre. Après avoir beaucoup reproché au procédé de Pfannenstiel on s'est arrêté à une critique plus juste. La théorie énonça de multiples défauts que la pratique ne confirma pas. En réalité, l'expérience les amoindrisait ou les supprimait. Ici, se passait le contraire de la coutume : souvent on débute par voir tout en beau, un enthousiasme peu fondé produit un engouement extraordinaire, puis bientôt les illusions tombent. Et il reste ? Rien ou presque rien.

Sans doute, la prudence avait conseillé cette espèce de méfiance. La tradition séculaire ne connaissait que l'incision longitudinale et ignorait la vertu et même la possibilité d'une incision transversale.

Aussi nous écourterons beaucoup la liste des inconvénients, puisque déjà plusieurs ne sont guère discutés. Nous passerons sous silence, le drainage et la largeur du champ opératoire. Nous les avons assez justifiés.

Nous parlerons du sens de l'incision que l'on a attaqué. On a soutenu qu'il était plus compliqué d'inciser en long qu'entravers. Oui et non. Oui, si l'on n'envisage que la superposition de ces plans les uns se croisant en sautoir, les autres gardant une direction franchement horizontale, cette incision est moins complexe au niveau de la ligne blanche plus

aisée de sectionner perpendiculairement à ses fibres que souvent de la reconnaître dans la direction naturelle de celles-ci.

Enfin l'hémorragie à inquiété certains chirurgiens. A tort il est sûr, parce que dans ces régions aponévrotiques l'hémostase est facile. Si cependant les épigastriques sont ouvertes, le mieux est de les ligaturer ou de les pincer. Il restera toujours assez de vaisseaux nourriciers (venant de l'anastome de l'épigastrique et de la mammaire) pour que toutes les couches de la plaie puissent assurer leur vitalité et se réparer.

Les hématomes ont, à leur tour, paru un inconvénient sérieux. « On évitera une hémorragie secondaire, affirme Oscar Rapin, en plaçant toujours un sac de sable ou de grenaille sur le pansement pendant les heures qui suivent ». Divers autres moyens sont venus à bout d'une difficulté si minime.

En résumé de toutes ces critiques ressort que la méthode n'est pas d'une perfection absolue, qu'à ses défauts est un remède efficace ; et déjà, ses succès nombreux ont assuré son avenir.

OBSERVATIONS

Nous avons vu employer avec succès cette technique opératoire dans la clinique de gynécologie et nous remercions M. le Professeur Pollosson de nous avoir fourni un grand nombre d'observations. Nous sommes reconnaissante aussi à M. le Professeur agrégé Patel de nous faire bénéficier de ses observations personnelles. Les unes et les autres sont à l'appui de notre travail, mettant en œuvre le Pfannenstiël, soit dans l'appendicectomie complémentaire ou dans la résection appendiculaire et l'opération gynécologique comme complément soit dans l'appendicectomie pure.

Nous dirons, tout de suite, que tous les cas que nous publions ne comportent aucune mortalité ni aucune suite fâcheuse post-opératoire.

Appendicectomie complémentaire

Année 1911

OBS. I. — M^{me} C..., 49 ans, juillet 1911. Utérus fibromateux. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. II. — M^{me} M..., 36 ans, août 1911. Salpingectomie droite. Fixation utérine. Appendicectomie.

OBS. III. — M^{lle} M..., 34 ans, août 1911. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. IV. — M^{me} M..., 22 ans, août 1911. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. V. — M^{me} M..., 43 ans, août 1911. Castration pour fibrome. Appendicectomie.

OBS. VI. — M^{me} A..., 23 ans, septembre 1911. Castration totale pour annexite. Appendicectomie.

OBS. VII. — M^{lle} C. 20 ans. Fixation utérine. Appendicectomie.

Appendicectomie complémentaire

Année 1912

OBS. I. — M^{lle} R..., 21 ans, juillet 1912. Fibrômé de l'ovaire gauche. Appendicectomie.

OBS. II. — M^{me} P..., 29 ans, juillet 1912. Tumeur kystique intraligamentaire. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. III. — M^{me} L..., 43 ans, août 1912. Fibrôme utérin. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. IV. — M^{me} F..., 24 ans, août 1912. Salpingectomie gauche. Appendicectomie.

OBS. V. — M^{me} M..., 29 ans, août 1912. Double kyste ovarique intraligamentaire. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. VI. — M^{me} C..., 41 ans, août 1912. Kyste de l'ovaire. Appendicectomie.

OBS. VII. — M^{me} P..., août 1912. Grossesse extra-utérine droite. Appendicectomie.

OBS. VIII. — M^{me} C..., 38 ans, août 1912. Utérus fibromateux, castration totale. Appendicectomie.

OBS. IX. — M^{lle} P..., 19 ans, août 1912. Castration droite. Appendicectomie.

OBS. X. — M^{lle} L., 21 ans, août 1912. Pyosalpinx droit. Castration droite. — Conservation de l'ovaire gauche. Appendicectomie.

OBS. XI. — M^{me} V..., 29 ans, septembre 1912. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XII. — M^{lle} P. 28 ans, octobre 1912. Salpingectomie gauche. Appendicectomie.

OBS. XIII. — M^{lle} G., 21 ans, oct. 1912. Salpingectomie gauche. Appendicectomie.

OBS. XIV.— M^{lle} A..., 19 ans, octobre 1912. Salpingectomie gauche. Fixation utérine. Appendicectomie.

OBS. XV. — M^{me} B..., 26 ans, décembre 1912. Castration gauche. Appendicectomie.

OBS. XVI. — M^{lle} S..., 28 ans, décembre 1912. Salpingectomie gauche. Fixation utérine. Appendicectomie.

OBS. XVII.— M^{me} C..., 33 ans, décembre 1912. Grossesse tubaire gauche. Appendicectomie.

OBS. XVIII.— M^{me} C..., 25 ans, décembre 1912. Castration droite. Appendicectomie.

OBS. XIX. — M. S... Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XX. — M^{me} S..., 26 ans, juin 1913. Salpingectomie gauche. Fixation utérine. Appendicectomie.

OBS. XXI. — M^{me} M..., 25 ans, septembre 1913. Kyste tordu de l'ovaire. Appendicectomie.

OBS. XXII.— M^{me} F..., 36 ans, septembre 1913. Salpingectomie gauche. Fixation utérine. Appendicectomie.

OBS. XXIII. — M^{me} P..., 30 ans, septembre 1913. Salpingectomie gauche. Appendicectomie.

OBS. XXIV.— M^{lle} M..., 25 ans, septembre 1913. Salpingite purulente double. Appendicectomie.

OBS. XXV.— M^{me} M..., 33 ans, septembre 1913. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXVI.— M^{me} M..., 28 ans, septembre 1913. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXVII. — M^{me} C..., 52 ans, septembre 1913. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXVIII.— M^{me} D..., 36 ans, octobre 1913. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXIX.— M^{me} A..., 33 ans. Kyste ovariendroite. Appendicectomie.

OBS. XXX. — M^{me} Q..., 30 ans. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXXI.— M^{me} P..., 36 ans, octobre 1913. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXXII. — M^{me} M..., 41 ans. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXXIII. — M^{me} R..., 38 ans. Castration unilatérale. Fixation utérine. Appendicectomie.

OBS. XXXIV. — M^{me} C..., 48 ans. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXXV. — M^{me} Q., 30 ans, décembre 1913. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXXVI. — M^{me} F..., février 1914. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXXVII. — M^{lle} C..., 29 ans, février 1914. Salpingite droite. Fixation utérine. Appendicectomie.

OBS. XXXVIII. — M^{me} F..., 31 ans, janvier 1914. Castration totale. Appendicectomie.

OBS. XXXIX. — M^{me} S..., 30 ans. Castration droite. Appendicectomie.

OBS. XL. — M^{lle} V..., 24 ans, janvier 1914. Castration droite. Appendicectomie.

*Appendicectomie avec opération gynécologique
complémentaire.*

OBS. I. — M^{me} R..., 24 ans, août 1912. Appendicectomie. Rétroversion utérine. Pellanda.

OBS. II. — M^{me} L..., 24 ans. Appendicectomie, Ablation, deux petits kystes tubaires.

OBS. III. — M^{lle} M..., 22 ans, août 1912. Appendicectomie. Douglassite. Fixation utérine.

OBS. IV. — M^{me} A..., 24 ans, janvier 1913. Appendicectomie. Fixation utérine.

OBS. V. — M^{me} C... Appendicectomie. Fixation utérine.

OBS. VI. — M^{me} O..., 28 ans, juin 1913. Appendicectomie. Fixation utérine.

OBS. VII. — M^{me} A..., 27 ans, juillet 1913. Appendicectomie. Fixation utérine.

OBS. VIII. — M^{me} D..., 20 ans, août 1913. Appendicectomie. Fixation utérine.

OBS. IX. — M^{me} D..., 28 ans, août 1913. Appendicectomie. Salpingectomie gauche. Fixation utérine.

OBS. X. — M^{me} C..., 53 ans, août 1913. Appendicectomie à froid. Ablation d'un kyste de l'ovaire, *non diagnostiqué*.

OBS. XI. — M^{me} M..., 29 ans, septembre 1913. Appendicectomie. Fixation de l'utérus.

OBS. XII. — M^{lle} J..., 22 ans, septembre 1913. Appendicectomie. Fixation utérine.

OBS. XIII. — M^{lle} Q..., 25 ans. Appendicectomie. Kyste parovarien droit.

OBS. XIV. — M^{me} M..., 23 ans, octobre 1913. Appendicectomie. Fixation utérine.

OBS. XV. — M^{me} B..., 30 ans, octobre 1913. Appendicectomie. Fixation utérine.

OBS. XVI. — M^{me} A..., 22 ans, octobre 1913. Appendicectomie. Fixation utérine.

Appendicectomie pure.

OBS. I. — M^{lle} S..., 28 ans, septembre 1912. Appendicectomie pure.

OBS. II. — M^{me} M..., 28 ans, mai 1913. Appendicectomie pure.

OBS. III. — M^{lle} F..., 18 ans, août 1913. Appendicectomie pure.

OBS. IV. — M^{lle} G..., 22 ans, août 1913. Appendicectomie pure.

OBS. V. — M^{lle} P..., 19 ans, février 1914. Appendicectomie pure.

CONCLUSIONS

L'incision transversale, mode Pfannenstiel, se recommande, plus que tout procédé, parce qu'elle excelle dans ses résultats *immédiats et tardifs*.

I. C'est une incision presque aussi simple, aussi rapide que les incisions latérales, mais plus pratique.

II. Elle offre une ampleur remarquable du champ opératoire et permet une exploration minutieuse de l'abdomen dans sa partie inférieure, c'est-à-dire de tout le petit bassin.

III. Elle seule autorise l'association de cures radicales. C'est une appendicectomie pure ou non. L'ablation appendiculaire est complémentaire d'une opération gynécologique, ou vice versa, une intervention gynécologique est le complément d'une résection appendiculaire.

IV. Elle présente une absence ou une rareté extrême de hernies ou éventrations post-opératoires. La solidité de la paroi abdominale égale la normale ; la suppuration même ne l'atteint pas.

V. Cette méthode est sans danger, ni péril aucun. Elle est meilleure encore dans l'appendicectomie qu'ailleurs, puisque le chirurgien travaille à découvert et par conséquent, poursuit son opération avec le maximum d'aisance et de sécurité.

VI. Enfin, elle donne une magnifique cicatrice, esthétique, comme on s'est plu souvent à le répéter. Seule, avec le Pfannenstiel, elle est très fine, à peine apparente, souvent dissimulée au fond d'un repli cutané ou sous les poils.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. POLLOSSON.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 mars 1914.

LE RECTEUR,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BRISSET. — Les procédés opératoires dans l'appendicite à froid. Thèse de Paris, 1911.
- LE GUERROC. — Contribution à l'étude de la laparotomie par le procédé de Pfannenstiël. Thèse de Bordeaux, 1906.
- GOEAU. — Des avantages des incisions transversales dans l'appendicite à froid. Thèse de Bordeaux, 1911.
- LATRONCHE. — De l'incision transversale basse sus-pubienne et de la technique opératoire de Pfannenstiël. Thèse de Bordeaux, 1908.
- LOEWENHARD. — L'appendicite chez la femme. Thèse de Paris, 1903-1904.
- MARY. — Appendicites et affections utéro-annexielles. Thèse 1902-1903.
- ROUSSEAU. — Les incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale et gynécologie. Thèse de Paris, 1903.
- CAZIN. — Des avantages de la laparotomie médiane pour pratiquer l'appendicectomie. XXI^e congrès de Chirurgie, 1908.
- POL CORYLLOS. — L'incision transversale sus-pubienne en gynécologie. Quelques modifications de la technique opératoire, études des indications et statistiques. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n^o 4, 1911.
- DARTIGUES. — 1^o De l'incision crurale et de la suture transversale. *Presse Médicale*, août 1899.
- Id. — 2^o La laparotomie en gynécologie. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906, p. 771-819.
- Id. — 3^o La laparotomie médiane sous-ombilicale pour l'appendicite à froid chez la femme. *Paris Chirurgical*, 1909.
- KOING. — Quelques cas de laparotomies par le procédé de Pfannenstiël. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1904, n^o 7.
- LEGUEU. — De l'appendicite en gynécologie, mars 1912.
- MANDET. — De l'incision crurale, Paris 1900.

- PICQUÉ. — De l'éventration consécutive aux opérations pratiquées dans l'appendicectomie à chaud. *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 1912, n° 38, p. 33 et 56.
- POLLOSSON. — De l'incision transversale, etc. *Lyon Médical*, 1906, n° 10. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906.
- RAPUI. — Incision esthétique. C. R. du Congrès périodique international de Gynécologie, 2^e vol., p. 61.
- REYMOND. — Des avantages de la laparotomie médiane pour pratiquer l'appendicectomie. C. R. du XXI^e Congrès de l'Association française de Chirurgie, 1908.
- VAN ROSTHEM. — De l'appendicite et des affections gynécologiques. *Journal de Gynécologie*, Berlin, septembre 1909.
- SÉNÉCHAL et CUGEL. — Incision de Pfannenstiel. *Gazette des Hôpitaux*, 7 juin 1913.
- Id. — L'esthétique en chirurgie abdominale. Tablettes médicales et mobiles du 16 septembre et 1^{er} octobre 1913.
- VERCHERE. — Laparotomie médiane. *Paris Chirurgical*, 1909.
- PFANNENSTIEL. — Weber die Vorth des suprasymph. Fascienquersch. f. die Cynæk Koliot (*Samml. Klin. Worth. Gyn.*, 1900, n° 97).
- Id. — Weitere Erfahrungen über die suprasymph. Fascienquersch (*Zentral. l. Gyn.*, 1901, p. 731).
- Id. — Bericht über die Verhandl. : den Versamm. der Deutsch. Gesells. f. Gyn. in Gienfsen, mai 1901).
- Id. — XII^e Deutsch. Gyn. Congress zu Dresden, 1907.
- SCHAUTA. — Fall von suprasymph. Kreuzsch. (*Zentral. f. Gyn.*, 1901, p. 1344).
- Id. — Milzextirp. während d. Schwangerschn (*Zentral. f. Gyn.*, 1906, p. 725).
- Id. — Veber die Fascienguerschn., etc. (*Zentral. f. Gyn.*, 1908, p. 1221).

